



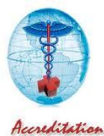
دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین

# کتابچه توجیهی فراگیران

گروه پزشکی



مرکز آموزشی و درمانی بوعلی سینا - ۱۳۹۵



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

## فهرست مطالب

3	اطلاعات فرهنگی و بومی مردم استان قزوین
7	معرفی مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا
8	نقشه بیمارستان
9	چارت سازمانی
10	منشور حقوق گیرنده خدمت
13	فرم پوشش کارکنان
14	مرخصی ها
15	شرح وظایف دستیاران
16	شرح وظایف اکسترن و انترن
23	پزشکان هیات علمی
25	نحوه توجیه بیمار هنگام بستری شدن و آموزش حین ترخیص
27	الزامات بیمه ای
29	قوانین و مقررات بخش ها
31	دستورالعمل آموزش به بیمار خود مراقبتی
33	قوانین مربوط به کنترل عفونتهای بیمارستانی
35	ایمنی در برابر حریق
40	بحران و حوادث غیر مترقبه
42	مدیریت خطا و ایمنی بیمار
47	روش اجرایی نحوه گزارش همگانی خطاهای پزشکی
50	روش اجرایی ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
51	روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطرآفرین

## اطلاعات فرهنگی و بومی مردم استان قزوین

### ❖ موقعیت تاریخی

بر اساس اسناد و مدارک موجود قدمت و سابقه تاریخی منطقه قزوین به دوران حکومت مادها، در قرن نهم پیش از میلاد، می‌رسد. در آن زمان، ناحیه کوهستانی جنوب و جنوب غربی قزوین جزئی از قلمرو مادها به شمار می‌رفت که همواره مورد تاخت و تاز اقوام و قبایل مختلف، از جمله اقوام آشور و کاسی‌ها، قرار داشت. بررسی آثار بدست آمده از جنوب دشت قزوین در بخش بوئین زهرا، نشان می‌دهد که در این منطقه در هزاره‌های چهارم و پنجم پیش از میلاد، زیستگاه جماعت‌های انسانی بوده است.

بنای اولیه شهر قزوین را به شاپور معرف به شاپور ذوالاکتاف نسبت می‌دهند. شاپور شهر قزوین را برای جلوگیری از تهاجمات دیالمه بنا نهاد و در آن دژ و استحکامات به وجود آورد و سپاهیان خود را در آن استقرار داد. به مرور زمان، پایگاه نظامی شاپور توسعه یافت و هسته اصلی شهر قزوین به وجود آمد. موقعیت این شهر همواره به عنوان گذرگاه مهم طبرستان و دریای مازندران (خزر) اهمیت فراوان داشته است. در سال 192 هـ. ق "هارون الرشید" به قزوین آمد و نسبت به توسعه شهر و ساخت بنای "مسجد جامع" در آن دور آن اقدام نمود.

ناصر خسرو قبادیانی در سفرنامه خود در سال 438 هـ. ق شهر قزوین را چنین توصیف کرده است:

... باغستان بسیار داشت، بی دیوار و خار، و هیچ مانعی از دخول در باغات، و قزوین را شهری نیکو دیدم، باروی حصین و کنگره بر آن نهاده و بازارهای خوب، مگر آن که آب در آن اندک بود و منحصر به کاریزها در زیر زمین، رئیس آن شهر مردی علوی بود.

در زمان صفویه و در دوران سلطنت شاه طهماسب، با برگزیده شدن قزوین به پایتختی، این شهر اعتبار بیشتری یافت و آثار و بناهای متعددی در آن بنا گردید. در دوره قاجاریه که تهران به پایتختی انتخاب شد، قزوین به علت استقرار در مسیر جاده تهران به اروپا و روسیه، اهمیت قابل ملاحظه‌ای یافت. با آغاز نهضت مشروطیت، این شهر، خانه دوم مشروطه خواهان شد و مردمان آن از هیچ کمکی به آزادی خواهان دریغ نکردند.

قزوین شهری است در استان قزوین در ایران، این شهر مرکز این استان و نیز مرکز شهرستان قزوین می‌باشد. مساحت شهر قزوین 5693 کیلومتر مربع می‌باشد. زبان رایج مردم قزوین زبان پارسی است. برخی از مردم این شهر به زبان‌های تاتی، مراغی، کردی، لری، ترکی و رمانلویی نیز سخن می‌گویند. همچنین قزوین به دلیل قرار گرفتن در گلوگاه ارتباطی استان‌های شمالی و باختری کشور، نزدیکی به تهران، دارا بودن چند شهر صنعتی و نیز برخورداری از چندین دانشگاه از جمله دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد قزوین از موقعیت جغرافیایی خوبی برخوردار است.



این شهر در زمان شاه طهماسب صفوی پایتخت ایران بوده است. اولین خیابان ایران در قزوین احداث شد (خیابان سپه)، آب انبار سردار بزرگترین آب انبار تک گنبدی جهان در قزوین می باشد.

قزوین را در نوشته های قدیم اروپا شهر باستانی « ارساس » یا « ارسا سیا » و در تواریخ یونان همان شهر قدیمی « رازی » و در زمان اشکانیان به نام موسس آن " اردپا " خوانده اند. ساسانیان آنرا « کشوین » نامیده اند یعنی سرزمینی که نباید از آن غافل شد برخی هم آنرا « قسوین » یا شهر که مردمی پرصلابت و استوار دارد و بعضی از مورخین هم معرب « کاسپین » گفته اند به دلیل آنکه قوم کاپست از مجاورت دریای مازندران به طرف این دشت مهاجرت کرده و با اقوام بومی اختلاط نموده اند و گروهی هم به مرکز ایران رفته اند و دریای « خزر » نیز به همین دلیل به بحرالقزوین یا " دریای قزوین " اشتباه دارد. با این که شهرنامه نگاران و جغرافی نویسان برای نامگذاری شهر قزوین به نکات فراوان و متفاوتی اشاره کرده اند، به نظر می رسد وجه تسمیه ای که استاد دکتر دبیر سیاقی از علامه علی اکبر دهخدا نقل می کنند علمی تر و به حقیقت نزدیک تر باشد : قزوین مرکب از " کزو " به معنای پسته کوهی و " ین " نسبت است، یعنی سرزمین پسته. محصولات کشاورزی و باغی قزوین از گذشته های بسیار دور - با وجود کم آبی شهر - مشهور بوده و به نقاط دیگری صادر می شده، ولی پسته آن به دلیل مرغوبیت، سبزیگی و روغنی بودنش از آوازه بیشتری برخوردار است

دشت قزوین از نظر پیشینه تاریخی، محصولات کشاورزی و گونه های جانوری، اهمیت اقتصادی و تاریخی بسیار مهمی در میان دشتهای ایران دارد. به گونه ای که بسیاری از باستان شناسان ایرانی بر این باورند تمدن کشاورزی از دشت قزوین آغاز و سپس به شرق و قلب فلات ایران گسترش یافته است.

### ❖ آداب و رسوم

بدلیل استقرار اقوام و نژادهای مختلف در منطقه ما شاهد تنوع فرهنگی گسترده ای هستیم که هر یک از این اقوام دارای آداب و رسوم متفاوت می باشند و هر ساله با شکوه فراوان آئین های خود را اجرا می کنند تا جایی که گردشگران بیشماری جهت تماشای این آئین ها به منطقه سرازیر می شوند. از آئین ها و جشن های ایرانی و رایج درگستره جشن نوروز، نوروز خوانی، چهارشنبه سوری، سیزده بدر، جشن انار، جشن فندق، جشن تیرگان، پنجاه بدر، کوسه گلین، چمچه خاتون و... را نام برد. همچنین بازی های «چوب جنگ»، «کشتی پهلوی به پهلوی» و «الک دولک» از بازی های مرسوم و گستره به شمار می روند.

## • پنجاه بدر

هر ساله بعد از ظهر روز نوزدهم اردیبهشت ماه، پنجاهمین روز سال، مردم قزوین به مصالایی که در میان باغ‌های جنوب شرقی شهر قرار گرفته می‌روند. در گذشته در این مکان، یک آب انبار و یک مسجد وجود داشت که امروزه تنها بخشی از آب انبار آن به جای مانده است. خانواده‌ها در باغ‌های اطراف این آب انبار نشست و بعد از خوردن غذا و تنقلات، بزرگترها و اغلب زنان، مشغول خواندن نماز طلب باران می‌شوند. از آنجا که مراسم باران خواهی از سنت‌های کهن در ایران است، می‌توان احتمال داد که بنای اولیه مسجد که امروزه تخریب شده مکانی بوده که پیش از اسلام در آنجا مراسم طلب باران یا احتمالاً جشن باران برپا می‌شده و یا مکانی مانند پرستشگاه آناهیتا «الهه آب».

## • دوازدهم محرم (سوم امام)

بر اساس روایات، بعد از واقعه کربلا با تهدید «یزید بن معاویه» کسی جرات نمی‌کرد تا جنازه‌های یاران امام حسین (ع) را دفن کند؛ تا اینکه زنان طایفه «بنی اسد» جمع شده و به خاک کردن جنازه‌ها پرداختند. این واقعه در روز سیزدهم ماه محرم اتفاق افتاد به همین خاطر زنان قزوینی هر سال در روز سیزدهم ماه محرم با به دست گرفتن بیل و پیکرهای نمادین مسیر مشخصی را طی کرده و به سینه زنی و نوحه خوانی می‌پردازند.

## ❖ مشاهیر

خطه قزوین تا کنون مهد پرورش بزرگان علم و ادب و خوشنویسی بسیار بوده که با خلق آثار و اقدامات ارزشمند خود گام موثری در پیشبرد فرهنگ ایران داشته‌اند. بزرگانی همچون علامه علی‌اکبر دهخدا، عارف قزوینی، عبید زاکانی، حمدالله مستوفی، میرعماد حسنی قزوینی، نسیم شمال، محمد قزوینی، عمادالکتاب، عبدالمجید طالقانی، شهید عباس بابایی، محمدعلی رجایی، زکریای قزوینی، غلامحسین لطفی، منوچهر نوذری، قمرالملوک وزیری، ابوالحسن اقبال‌آذر و بسیاری دیگر که با اقدامات خود فرهنگ ایران را تعالی بخشیدند.

## ❖ ادبیات شفاهی

استان قزوین محل سکونت اقوام مختلف است و هر یک از این اقوام ادبیات شفاهی خاص خود را دارد. تا پیش از گسترش فرهنگ رادیو و تلویزیون، این ادبیات سینه به سینه بین مردم منتقل می‌شد. در گذشته این ادبیات با زندگی روزمره عجین بود تا جایی که برای تمام مراحل زندگی اشعاری متناسب با آن زمان و توسط مردم زمزمه می‌شد. از قبیل انواع لالایی‌ها، ترانه‌های شیردوشی، مشک زنی، ترانه‌های عروسی و رو حوضی، ترانه‌های بازی و انواع سوگواری‌ها.

بخشی از ادبیات مردم این منطقه با احساسات و اعتقادات آن‌ها عجین گشته است. مانند انواع مرثی که در ایام سوگواری پیشوایان دینی و همچنین انواع مجالس تعزیه خوانی که به مناسبت‌های مختلف توسط خود مردم اجرا می‌شود.



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

شد. امروزه بسیاری از مردم مناطق مختلف این سرزمین ، به ویژه ساکنین بخش کوهپایه و خود شهر قزوین ، از این لحاظ غنی بوده و بسیاری از سالخوردگان این خطه ، مجالس را در سینه های خود حفظ نموده اند. افسانه « نبرد حنفیه ، برادر حضرت علی (ع) با دیو سفید» را می توان از مهم ترین داستان های شفاهی منطقه قزوین به حساب آورد.

### ❖ سوغات

متداول ترین شیرینی های استان عبارتند از: نان برنجی، نان نخودی، نان قندی، نان بادامی، نان گردویی، پادرازی، نان نازک، نان چرخی، نان چایی، اتابکی، ولیعهدی، حاج کریمی، باقلوای پیچ، باقلوای لوزی. از دیگر سوغات استان می توان به قالیچه های بافت ضیاء آباد ، انواع گلیم و چادر شب های الموت ، کشمش بی دانه تاکستان و ... اشاره کرد.

### ❖ غذاهای سنتی قزوین

استان قزوین نیز مانند سایر استان های کشور دارای انواع غذاهای سنتی است که برخی از آنها در مناسبت های ویژه و تعداد بسیاری نیز به شکل عادی در طی سال تهیه می شود. برخی از انواع غذاهای سنتی قزوین عبارتند از: قیمه نثار، شیرین پلو و کوکوی شیرین، آش دوغ، آش دندان کشه، یتیمچه، ماش پیازو، اشکنه و دیماج... نام برد.



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا  
وزارت بهداشت و درمانی قزوین  
دانشگاه علوم پزشکی

## معرفی مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

### رسالت

بیمارستان بوعلی سینا یکی از مراکز آموزشی و درمانی استان قزوین، متعهد به حفظ و ارتقاء سلامت و افزایش رضایتمندی بیماران، کارکنان، تأمین کنندگان و سایر ذینفعان می باشد.

### در همین راستا "اهداف کلان" خود را به شرح ذیل اعلام می دارد:

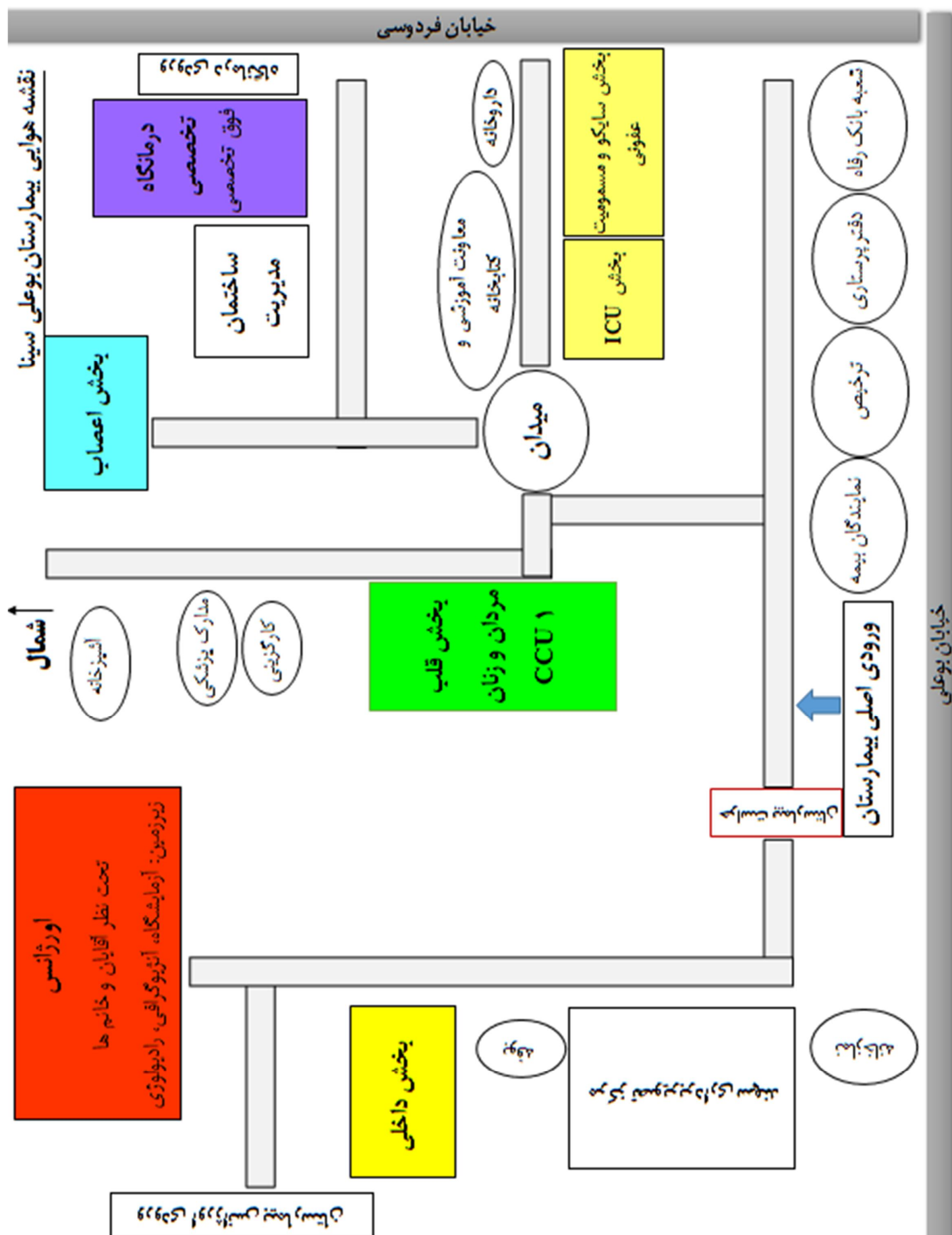
1. احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران و ارباب رجوع
2. استقرار کامل موازین حاکمیت بالینی و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی
3. مدیریت خطا و خطر، در راستای ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان
4. ارتقاء سطح علمی و پژوهشی کارکنان و دانشجویان
5. استفاده بهینه از سرمایه انسانی و سایر منابع موجود

### چشم انداز

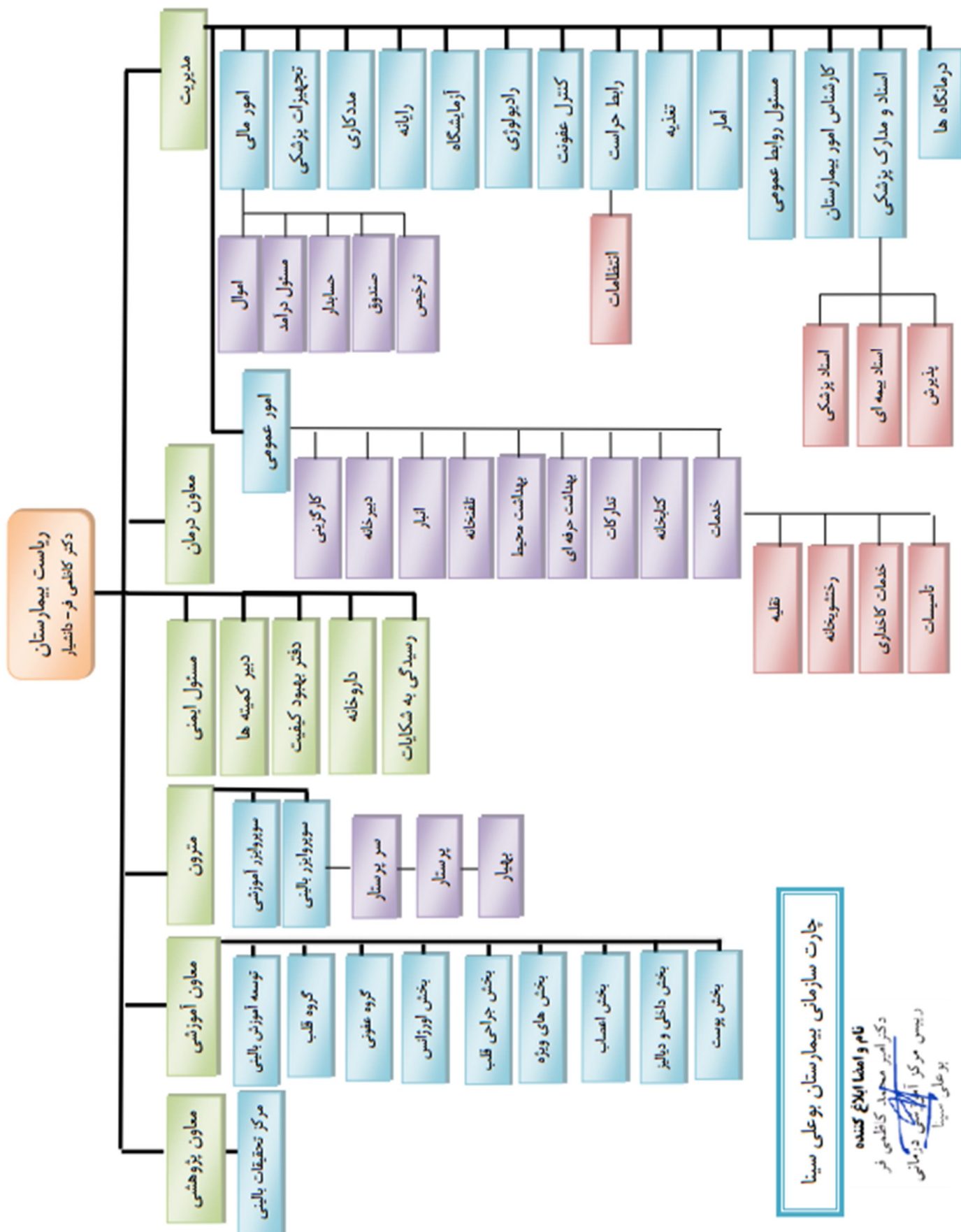
نیل به جایگاه های برتر و ارائه خدمات آموزشی، درمانی، تشخیصی، پژوهشی، تربیت نیروی انسانی، تولید و انتشار دانش و نوآوری در سطح کشور

### ارزشها

بیمارستان بوعلی سینا بر آن است با تکیه بر ارزشها و مبانی دینی و فرهنگی، عدالت محوری، پاسخگویی، احترام به کرامت انسانی، شایسته سالاری، دانایی محوری و رعایت اصول اخلاق پزشکی در جهت نیل به رسالت خویش قدم بردارد.







چارت سازمانی بیمارستان بوعلی سینا

نام و امضا ابلاغ کننده  
دکتر امیر محمد کاظمی فر  
رئیس مرکز آموزشی درمانی  
بوعلی سینا

## منشور حقوق بیمار در ایران

### بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد .

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

### 1. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

- 1,1 شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛
- 1,2 بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛
- 1,3 فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛
- 1,4 بر اساس دانش روز باشد ؛
- 1,5 مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛
- 1,6 در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد ؛
- 1,7 مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛
- 1,8 به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد ؛
- 1,9 توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛
- 1,10 در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛
- 1,11 با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛
- 1,12 در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛



- 1,13 در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- 1,14 در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .

## 2. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد .

### 2,1 محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- 2,1,1 مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛
- 2,1,2 ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛
- 2,1,3 نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- 2,1,4 روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛
- 2,1,5 نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛
- 2,1,6 کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- 2,1,7 ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛

### 2,2 نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- 2,2,1 اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.)

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

2,2,2 بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

### 3. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود .

#### 3,1 محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

3,1,1 انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

3,1,2 انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

3,1,3 شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

3,1,4 قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

3,1,5 اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

#### 3-2 شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

3,2,1 انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

3,2,2 پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود .

#### 4. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار(حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .

4,1 رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛

4,2 در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

4,3 فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

4,4 بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد .

#### 5. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است .

5,1 هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛

5,2 بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

5,3 خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

#### فرم پوشش کارکنان در مرکز

کلیه کارکنان بیمارستان موظف به رعایت استانداردهای پوشش در بیمارستان می باشند. لباس کارکنان کادر درمانی با رنگهای مشخص و متحدالشکل به شرح ذیل می باشد . همچنین بر اساس سنجه های اعتبار سنجی بیمارستان های آموزشی - معاون آموزشی، معاون درمان و ریاست بیمارستان حسب مورد بر اجرای آن نظارت خواهند داشت.

- اساتید و اعضا هیئت علمی و رؤسای بخشها و مربیان ( آقا ) : روپوش سفید رنگ و شلوار تیره
- اساتید و رؤسای بخشها و اعضا هیئت علمی و مربیان ( خانم ) : روپوش سفید رنگ و شلوار و مقنعه تیره

- مدیر پرستاری (آقا): روپوش سفید و شلوار سرمه ای
- سر پرستاران و سوپروایزران (خانم): مانتو و شلوار سرمه ای و مقنعه سرمه ای
- سرپرستاران و سوپروایزران (آقا): روپوش سفید و شلوار سرمه ای
- پرستاران (خانم): مانتو سفید و شلوار سرمه ای، مقنعه سرمه ای
- پرستاران (آقا): روپوش سفید و شلوار سرمه ای
- بهیاران و کمک بهیاران (خانم): روپوش و شلوار سفید، مقنعه سفید و کفش روبسته سفید
- بهیاران و کمک بهیاران (آقا): روپوش و شلوار سفید و کفش روبسته سفید
- پرسنل اتاق عمل و بیهوشی: کل پوشش به رنگ آبی
- منشی های بخش ها: مانتو و شلوار به رنگ قهوه ای تیره و مقنعه مشکی.
- کارکنان واحدهای پاراکلینیک (فیزیوتراپی - رادیولوژی - تغذیه - بهداشت محیط - آزمایشگاه و تجهیزات پزشکی): روپوش سفید
- کادر نگهبانی: بلوز آبی با سردوشی به رنگ طلایی و شلوار سرمه ای با خط قرمز در پهلوی
- کارکنان تأسیسات: فرم سرهمی با رنگ سرمه ای
- کارکنان خدماتی (خانم): مانتو و شلوار به رنگ بنفش روشن و مقنعه بنفش تیره
- کارکنان خدماتی (آقا): بلوز و شلوار به رنگ آبی تیره
- پرسنل آشپزخانه و کارکنان مخصوص توزیع غذا: بلوز و شلوار و کلاه سفید

### دانشجویان:

- دانشجویان پزشکی - پرستاری - مامایی - فوریت - مدیریت خدمات بهداشتی:
- آقایان: روپوش سفید رنگ و شلوار تیره با اتیکت های دریافت شده از دانشکده که نام و نام خانوادگی دانشجو و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد.
- خانم ها: روپوش سفید رنگ و شلوار و مقنعه تیره با اتیکت های دریافت شده از دانشکده که نام و نام خانوادگی دانشجو و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد.
- کمک پرستاران:
- آقایان: روپوش و شلوار کرم رنگ با اتیکت هایی که نام و نام خانوادگی و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد.
- خانم ها: روپوش و شلوار و مقنعه کرم رنگ و نوار بنفش با اتیکت هایی که نام و نام خانوادگی و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد. مشخص شده باشد.

### مرخصی ها:

مرخصی با موافقت نظر استاد مربوطه و مدیر گروه و تعیین جانشین امکان پذیر است.



## شرح وظایف دستیاران :

- ❖ حضور به موقع و فعال در کلاس های درس تئوری
- ❖ ویزیت روزانه بیماران بستری مربوطه در بخش به همراه پزشک معالج و اطلاع از کلیه برنامه های درمانی بیماران
- ❖ پیگیری دریافت جواب آزمایشات بیماران
- ❖ حضور بر بالین بیمارانی که احیاء قلبی عروقی می شوند
- ❖ حضور فعال در Skill lab
- ❖ نوشتن شرح حال ، خلاصه پرونده ، آماده سازی بیماران جهت طرح در کنفرانس و ژورنال کلاب
- ❖ حضور در بیمارستان طبق برنامه تعیین شده از سوی مدیرگروه
- ❖ همراهی بیماران بدحال موقع انتقال به مراکز دیگر و یا در داخل بیمارستان برای کارهای مختلف با صلاحدید استاد مربوطه
- ❖ پاسخ گویی دستیاران ارشد در مورد مشکلات بیماران در 24 ساعت شیفت کاری
- ❖ نظارت مستمر بر دستورات پزشکی داده شده به بیماران و حسن اجرای آن
- ❖ نظارت دستیاران ارشد بر سایر دستیاران ، کارآموزان و کارورزان در هر شیفت کاری
- ❖ کلیه دستیاران بایستی مطابق آئین نامه مربوط تعداد کشیکهای مشخصی را در هر ماه داشته باشند (سال اول 12 کشیک ، سال دوم 10 کشیک ، سال سوم 8 کشیک و سال چهارم 6 کشیک )
- ❖ شرکت و حضور فعال در کنفرانس های عمومی ( ژورنال کلاب ، گراند راند،مورتالیتی )
- ❖ حضور در درمانگاه و یا اتاق عمل و سایر فیلد های آموزشی در روزهای تعیین شده ازسوی مدیرگروه
- ❖ حداقل دو روز در هفته کلیه دستورات دارویی و آزمایشگاهی بیماران را بدون ذکر ( RPO ) مرور و بازنویسی نمایند .
- ❖ هر روز دستورات پزشکی بیماران را با کاردکس پرستاری مطابقت نماید .
- ❖ یادداشت روزانه سیر بیماری را بلااستثناء هر روز در پرونده بیماران ودر برگ مخصوص درج نماید.
- ❖ سایر امور محوله بر حسب دستور مدیر محترم گروه .
- ❖ خلاصه پرونده بیماران در هنگام ترخیص توسط رزیدنت مسئول نوشته شود و اگر توسط کارورز مربوطه نوشته شود بر آن نظارت کامل نموده و بعد از تأیید آن را مهر و امضاء نمائید .

## آیین نامه شرح وظایف اکسترن (کارآموزی 2) و انترن (کارورز)

### دوره دکتری عمومی پزشکی

اکسترن و انترن پزشکی به دانشجویی اطلاق می شود که آموزش های نظری و عملی مقطع کارآموزی 1 را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته های قبلی، تحت نظارت اعضای هیات علمی، برای کسب مهارت های حرفه ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است. مسوولیت اکسترن/انترن در هر گروه/بخش با مدیرگروه/اتندینگ بخش و در ساعات کشیک با عضو هیأت علمی آنکال یا دستیار سنیور کشیک بخش/بیمارستان می باشد. تشخیص موارد اورژانس در این آیین نامه بر عهده مدیرگروه/اتندینگ بخش مربوطه یا آنکال و یا دستیار سنیور کشیک بخش/بیمارستان است.

مدیران گروههای آموزشی مسئول حسن اجرای این آیین نامه هستند. معاونت آموزشی پزشکی عمومی دانشکده پزشکی از طریق معاونین آموزشی دانشجویی گروه ها و معاونین آموزشی \_ پژوهشی بیمارستان ها بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت خواهند داشت.

### وظایف گروه آموزشی و اتندینگ بخش در قبال دانشجو:

- 1- گروه آموزشی موظف به اجرای برنامه آموزشی ضروری (Core Curriculum) کارآموزی/کارورزی ابلاغ شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.
- 2- برنامه آموزشی هر گروه بر اساس بند فوق باید در پایگاه اطلاع رسانی گروه مربوطه در دسترس فراگیران باشد.
- 3- گروههای آموزشی موظف اند در یک جلسه توجیهی در ابتدای هر بخش، اکسترن/انترن را با شرح وظایف و مقررات گروه/بخش آشنا نمایند.
- 4- تنظیم برنامه چرخش اکسترن/انترن در بخش های مازور در معاونت آموزشی پزشکی عمومی دانشکده و با حضور معاون آموزشی دانشجویی گروه مربوطه انجام می شود. تنظیم برنامه چرخش در بقیه بخش ها به عهده معاون آموزشی گروه مربوطه است.





BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

5- اتندینگ بخش بعنوان مسئولین آموزش دانشجویان در بخش موظفند برای کلیه ساعات حضور اکسترن/انترن در بخش برنامه آموزشی تهیه و در آغاز دوره به آنان اعلام کنند.

### وظایف اکسترن و انترن:

#### الف: کلیات

- 1- حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان.
- 2- رعایت مقررات آیین نامه کد پوشش در کلیه بخش های بالینی و درمانگاه ها.
- 3- نصب کارت شناسایی حاوی مشخصات دانشجو به روپوش در محیط بیمارستان و درمانگاه ها.
- 4- رعایت مقررات داخلی گروه/ بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه.
- 5- رعایت مفاد آیین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

#### ب: مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی:

- 1- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، ارزیابی و طرح برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب.
- 2- ویزیت بیماران بستری در بخش، قبل از اتندینگ یا دستیار.
- 3- پیگیری دریافت جواب آزمایشات (بصورت حضوری در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیماران.
- 4- ویزیت روزانه بیماران بستری در بخش و ویزیت بیماران به همراه دستیار و اتندینگ بخش و اطلاع از کلیه مراقبت های درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری (Progress note) روزانه برای بیمار مربوط به خود.
- 5- نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت اتندینگ یا دستیار
- 6- نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره (Off service notes & On).
- 7- نوشتن خلاصه پرونده زیر نظر اتندینگ یا دستیار سنیور بخش
- 8- نوشتن برگه مشاوره زیر نظر اتندینگ یا دستیار سنیور بخش

9- نوشتن برگه های درخواست تصویربرداری از جمله CT Scan, MRI, رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد.

10- حضور بر بالین بیمارانی که احیا می شوند و انجام CPR

11- حضور بر بالین بیماران بدحال و آنهایی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و هر بیماری که در بخش نیاز به ویزیت مجدد داشته باشد.

12- کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه، یا کسانی که برای آنها تست های خطر نظیر تست محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می شود، تحت نظارت اتندینگ یا دستیار مسوول بخش.

13- همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبت های خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه ای آنها را تهدید می کند، در انتقال به بخش های دیگر و یا سایر بیمارستان ها با نظر اتندینگ یا دستیار ارشد کشیک.

### پ: اقدامات تشخیصی-درمانی

تذکره مهم: در بخش هایی که استیودنت حضور ندارد و یا پس از پایان کشیک استیودنت، کلیه وظایف استیودنت به عهده اکسترن/انترن بخش یا کشیک می باشد.

1- فراگیری و انجام موارد زیر بر عهده اکسترن/انترن می باشد:

\* گرفتن و تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده بیماران

\* گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)

\* تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار

\* تفسیر میکروسکوپی لام خون محیطی

\* ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

- \* گذاشتن لوله معده
- \* گذاشتن سوند ادراری در بیماران همجنس بجز در نوزادان و شیرخواران
- \* کشیدن (tap) مایع آسیت
- \* پونکسیون مفصل زانو
- \* انجام تست PPD و خواندن آن
- \* چک کردن مشخصات کیسه خون/ فرآورده خونی برای تزریق خون/ فرآورده به بیمار
- \* انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان و شست و شوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر اتندینگ/دستیارسنیور بخش دارند و یا عفونی شده باشند
- \* نمونه برداری از زخم ها
- \* بخیه زدن و کشیدن بخیه
- \* انجام شست و شوی گوش
- \* تامپون قدامی بینی
- 2- فراگیری و انجام موارد زیر فقط با موافقت و تحت نظارت مستقیم اتندینگ/دستیار سنیور بخش:**
- \* نوشتن نسخه های دارویی بیماران بستری خود
- \* گذاشتن لوله تراشه و airway
- \* گذاشتن chest tube
- \* کشیدن (tap) مایع پلور
- \* کات دان
- \* انجام اینداکشن در زایمان
- \* کنترل ضربان قلب جنین (FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین
- \* گرفتن زایمان واژینال
- \* گذاشتن IUD
- \* کارگذاری کشش پوستی



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

- \* آتل گیری
- \* گچ گیری ساده
- \* پونکسیون لومبار (LP)
- \* آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان
- \* تزریق داخل نخاعی (intrathecal) و داخل مفصلی
- \* انجام جراحی های سرپایی ساده (ختنه، برداشتن توده های سطحی، خارج کردن in growing nail)
- \* تخلیه آبسه های عمقی
- \* نمونه گیری سوپراپوبیک
- \* درناژ سوپراپوبیک مثانه
- \* گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان
- \* سونداژ ادراری شیرخواران
- \* خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق، بینی و چشم
- \* کوتر خون ریزی بینی
- \* colon washout
- \* تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی
- \* تزریق داروهای خاص (شیمی درمانی)
- \* مشاهده و انجام هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که در برنامه آموزشی گروه برای اکسترن/انترن تعریف شده است.

3- انجام امور زیر تنها در موارد ضروری و اورژانس به تشخیص اتندینگ/دستیار سنیور بخش به عهده

اکسترن/انترن می باشد:

- \* کنترل و چارت علائم حیاتی



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

\* کنترل و چارت intake/ output

\* گرفتن ECG

\* گرفتن نمونه از ترشحات معده

\* نوشتن برگه های درخواست پاراکلینیک

\* انتقال نمونه به آزمایشگاه

\* پیگیری حضوری جواب اقدامات پاراکلینیک

\* حضور پیوسته (stand by) بر بالین بیمار

\* آمبو زدن

\* بازکردن گچ

\* فلبوتومی

\* انتقال بسته های خون

ت: شرکت در برنامه های آموزشی گروه:

1- شرکت منظم و فعال در کلیه راندها و درمانگاه های آموزشی بخش، کلاس های دروس تئوری ، کارگاه ها و یا

جلسات آموزشی گروه/ بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی گروه/بخش، کلاس های Management

کنفرانس، اتاق های عمل، و سایر برنامه های آموزشی براساس برنامه گروه آموزشی.

2- حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط اتندینگ یا دستیار بخش در راند و درمانگاه ها.

3- حضور فعال در درمانگاه طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه از بیمار و معرفی بیمار به اتندینگ

یا دستیار.

4- معرفی بیمار در راندهای آموزشی شامل: معرفی بیمار، دلیل بستری شدن و بیان تشخیص های افتراقی و طرح

درمانی و بیان سیر بیماری و اقدامات انجام شده.

5- ارائه کنفرانس های علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط اتندینگ/دستیار سنیور بخش.

ث: حضور در بیمارستان:



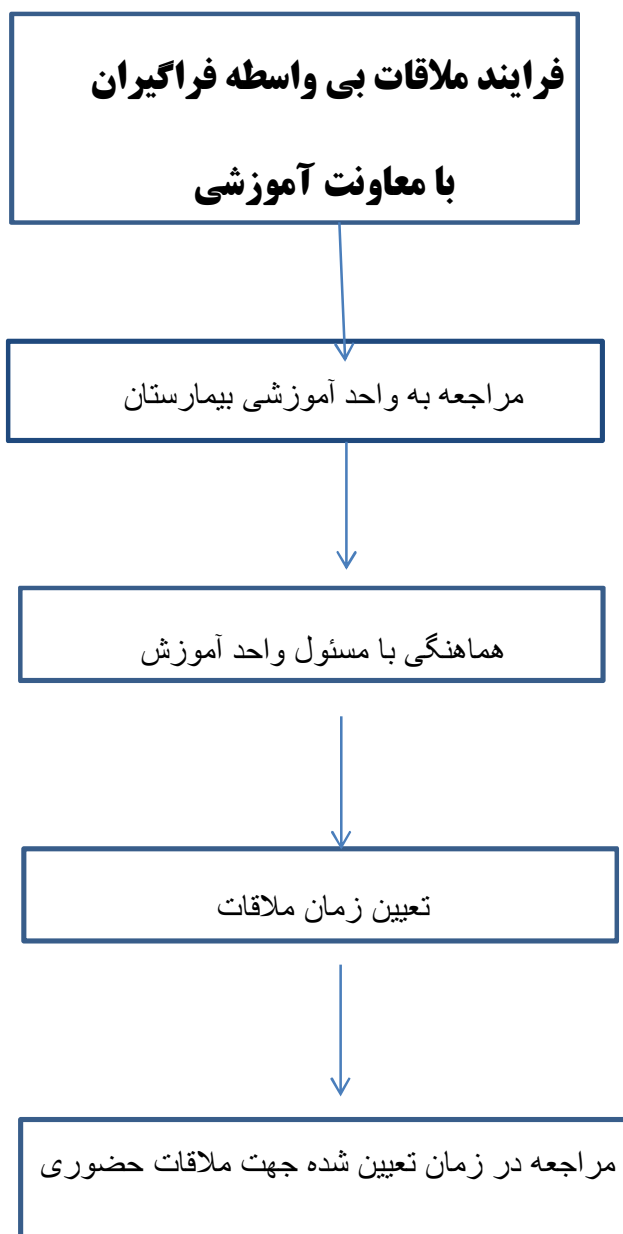
BOOAli Hospital

## کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

- 1- حضور در بخش یا درمانگاه، طبق برنامه تعیین شده از سوی گروه آموزشی یا بخش می باشد.
  - 2- ساعت حضور و خروج از بیمارستان بر اساس برنامه گروه آموزشی مربوطه می باشد.
  - 3- اکسترن/انترن ها موظفند برنامه کشیک بخش خود را در روز اول بخش تنظیم و در اختیار دستیار سنیور بخش قرار دهند.
  - 4- حداکثر تعداد کشیک، براساس شرایط گروه و دانشکده تعیین می شود. تعداد کشیک در ماههای 30 روزه و کمتر، ده کشیک در ماه و در ماههای بیشتر از 30 روز، یازده کشیک در ماه می باشد. حداقل تعداد کشیک در گروه های داخلی، نورولوژی، جراحی عمومی، اورولوژی، ارتوپدی، کودکان، زنان و زایمان، هشت کشیک در ماه می باشد.
  - 5- جابجایی در برنامه کشیک فقط در موارد اضطراری با اطلاع قبلی (حداقل 24 ساعت قبل) و به شرط تعیین جانشین و موافقت اتدینگ/دستیار سنیور بخش امکان پذیر می باشد.
  - 6- ترک کشیک مطلقاً ممنوع است بجز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از دستیار سنیور کشیک.
  - 7- روز اول بخش جدید، تمام دانشجویان می بایست از ساعت 7/30 صبح در بخش جدید حضور داشته باشند. دانشجویانی که شب قبل کشیک بوده اند نیز موظفند بلافاصله پس از تحویل بخش به دانشجویان (اکسترن/انترن) جدید بخش حداکثر تا ساعت 8 صبح در بخش جدید حضور داشته باشند.
- موارد تخلف کارآموزان و کارورزان از شرح وظایف فوق و یا هرگونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات از اکسترن/انترن ها در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی گروه مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسید، مورد به مرجع بالاتر، مدیر گروه و سپس معاونت آموزشی پزشکی عمومی دانشکده پزشکی جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم گیری شورای معاونین دانشکده پزشکی خواهد بود.

## پزشکان هیئت علمی متخصص

ردیف	نام ، نام خانوادگی	نوع تخصص	مرتبۀ علمی
1	امیر محمد کاظمی فر	متخصص مسمومیت ها و پزشکی قانونی	دانشیار
2	مصطفی میر اکبری	متخصص مسمومیت ها و پزشکی قانونی	استادیار
3	سیما سیاح	متخصص قلب	استاد یار
4	محمد مهدی دائی	متخصص قلب	استاد یار
5	حمید رضا جوادی	متخصص قلب	دانشیار
6	علی چنگیزی	فوق تخصص جراحی قلب و عروق	استادیار
7	سید سعید فرزاد	فوق تخصص جراحی قلب و عروق	استادیار
8	میترا آذر آسا	متخصص بیهوشی	استادیار
9	ناهید ناصح	متخصص بیهوشی	استادیار
10	رضا قاسمی برقی	متخصص عفونی	استاد یار
11	عباس علامی	متخصص عفونی	استاد یار
12	بهزاد بیژنی	متخصص عفونی	استادیار
13	حمید رضا نجاری	متخصص عفونی	استادیار
14	علیرضا نیکونژاد	متخصص عفونی	استادیار
15	شعبان نعیمیان	متخصص نورولوژی	استاد یار
16	حسین مژدهی پناه	متخصص نورولوژی	استادیار
17	فائزه زاهدیان	روانپزشک	استادیار
20	شیوا یوسفیان	متخصص طب اورژانس	استادیار
22	شادی فقیهی	متخصص قلب و فلوشیپ اکوکاردیوگرافی	
23	اکرم بهشتی	متخصص پوست	دانشیار
24	احسان مدیریان	متخصص طب اورژانس	استادیار
25	پیمان نامدار	متخصص طب اورژانس	استادیار



**ساعت ملاقات:**

شنبه: 13-14

یکشنبه: 11-12

دوشنبه و سه شنبه: 8:30-9 و 13-14



## نحوه توجیه بیمار هنگام بستری شدن در بیمارستان و آموزش هنگام ترخیص



### الف توجیه بیمار هنگام بستری

اهدافی که در توجیه بیمار هنگام بستری دنبال می شود :

1- کاستن از اضطراب بیمار و تسهیل سازگاری او با محیط

بخش

2- تشویق بیمار به بیان مشکلات خود و شرکت در برنامه های مراقبتی

3- کسب اطلاعات پایه برای برنامه ریزی های بعدی مراقبتی و حصول اطمینان از آسایش و امنیت بیمار

### روش کار

در برخورد اولیه با بیمار پرستار توجیه کننده اقدامات ذیل را انجام میدهد:

1- خود را با نام فامیل معرفی می کند و پس از راهنمایی بیمار به اتاق و تخت مربوطه که قبلاً آماده شده

است بیمار به هم اتاقی ها معرفی شده و نام پزشک وی نیز بیان می گردد.

2- نحوه استفاده از وسایل موجود در بخش را بطور شفاهی و عملی به او آموزش میدهد . مانند نحوه کار با

زنگ اخبار ، نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق ، چراغ خواب ، آشنا کردن با محل توالت و حمام ( توسط

منشی و کمک بهیار).

3- اطلاعاتی در مورد مقررات بیمارستان در اختیار بیمار و خانواده او قرار می دهد مانند:

الف . ساعات غذا یا نوع رژیم غذایی خاص و اهمیت محدودیت رژیم غذایی با توجه به نوع بیماری.



ب. ساعات ملاقات و مقررات آن.

ج. توضیح در مورد عدم استعمال سیگار.

د. توضیح در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان نظیر نمازخانه، بوفه، ...

4- با توجه به نوع بیماری سیر، مختصری از بیماری و نیز قبل از انجام هریک از مراحل فرایند پرستاری و اقدامات پاراکلینیکی برای بیمار توضیحاتی داده میشود و جهت تعویض لباس بیمار محیط خلوت و آرامی را ایجاد می کنیم.

5- چنانچه بیمار مضطرب است و احساس دلتنگی می کند در صورت تشخیص برای داشتن همراهی اجازه ماندن در کنار بیمار داده شده و برگه همراه صادر میگردد.

6- در صورتیکه بیمار به غذا یا داروی خاصی حساسیت یا نیاز به انجام اقدامات احتیاطی داشته باشد در پرونده، کاردکس و بالای سر بیمار نوشته می شود.

توضیح آنکه هریک از مراحل بالا باید با کمال خوشرویی و متانت انجام شود زیرا در این مرحله ارتباط اولیه با بیمار صورت می گیرد لذا توجیه بیمار بسیار اهمیت داشته و در میزان رضایتمندی بیمار تاثیر بسزایی خواهد داشت.

## ب \_ آموزش بیمار هنگام ترخیص

اهدافی که در آموزش بیمار هنگام ترخیص دنبال میشود عبارتست از:

- 1- حصول اطمینان از اینکه بیمار از آگاهی و مهارت لازم جهت مراقبت از خود در منزل برخوردار می باشد.
- 2- حصول اطمینان از اینکه بیمار وسایل، امکانات لازم و مراقبتهای حمایتی را برای مراقبت از خود در منزل در اختیار دارد.
- 3- کاهش دادن اضطراب بیمار.

## روش کار

نکات زیر توسط پزشک بصورت شفاهی به بیمار آموزش داده می شود:



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

آگاهی در مورد بیماری، نحوه مصرف داروها و عوارض آنها، نحوه انجام مراقبتها، تنظیم رژیم غذایی، علائم و نشانه های مربوط به بیماری، عادات روزمره زندگی، لزوم و زمان مراجعه مجدد به درمانگاه یا بیمارستان جهت پیگیری بیماری خود (در صورت لزوم به همراهی بیمار نیز توضیح داده شود).

## الزامات بیمه ای مرکز بوعلی سینا

- ۱- نداشتن تاریخ اعتبار در برگ بیمه ها یا پارگی در قسمت تاریخ اعتبار سبب عدم اعتبار نسخه می گردد.
- 2- نسخ تکراری مشمول کسورات می گردد.
- 3- در برگه های دفترچه روستاییان باید تاریخ ارجاع و مهر و امضای پزشک ارجاع دهنده وجود داشته باشد. در غیر اینصورت از نظر موارد بیمه نسخه فاقد ارزش می باشد.
- 4- در نسخه پزشکی، کندن بیش از یک نسخه در هر بار ویزیت بیمار ممنوع می باشد و مشمول کسورات می گردد حتی اگر تاریخ نسخ متفاوت باشد.
- 5- هر گونه قلم خوردگی و لاک گرفتگی در نسخه موجب ابطال آن میشود.
- 6- در نوشتن نسخه ترجیحا از خودکار آبی و یک رنگ استفاده شود.
- 7- دوخط بودن و دو رنگ بودن مطالب مندرج در نسخه موجب می شود تا نسخه مشمول کسورات گردد.
- 8- بیماران کمیتة امداد حتما باید فرم ارجاع داشته باشند.
- 9- برگه های دفترچه قابلیت کپی در برگه بعدی را دارد (کاربن لس) می باشد لطفا از گذاشتن کاربن خودداری گردد.
- 10- بیماران با دفترچه بیمه " خاص روستایی " نیاز به فرم ارجاع ندارند.
- 11- بیمه شدگان روستایی مراجعه کننده از سایر استان ها، باید در هر بار مراجعه کد ارجاع داشته باشند.
- 12- در نسخ تامین اجتماعی در برگه مخصوص پزشک می توان اشتباه مستندسازی رادر پشت برگه دفترچه توضیح داده و مهر و امضا نمود.
- 13- در صورت اشتباه در نسخه، روی مطلب اشتباه شده یک خط کشیده شود و در کنار آن مطلب صحیح درج شده و مجددا ممهور به مهر و امضا پزشک گردد.



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

الزامات بیمه ای در موارد بستری :

- 1- دستور بستری باید در دو برگ سبز و آبی دفترچه های بیمه نیروهای مسلح و تامین اجتماعی ، نوشته شده باشد.
- 2- در دستور بستری باید تشخیص اولیه بیمار، تاریخ و مهر پزشک و امضا داشته باشد.
- 2- کلیه اقدامات انجام شده برای بیماران مستند سازی شده وبصورت دقیق وبا ذکر تاریخ همراه باشد.
- 3- Tap تشخیصی آسیت ، پلور و آسپیراسیون مفصل ، راه اندازی شالدون وهرگونه ترمیم باید با تاریخ و مهر و امضا باشد .
- 4- برگه های درخواست مشاوره ، شرح حال کامل بیماران ، برگ سیر بیماری باید دارای مهر و امضا و تاریخ باشد.
- 5- در برگه پذیرش وترخیص، کلیه تشخیص های اولیه حین درمان و تشخیص نهایی و اقدامات درمانی به طور کامل پر شود.
- 6- برگه خلاصه پرونده حتی دربیماران ترخیص با رضایت شخصی باید به طور کامل پرشود.
- 7- برگه احیا ( CPR ) و برگه فوت باید بصورت دقیق و کامل مطابق با مشخصات شناسنامه بیمار باشد.
- 7- تاریخ دستورات پزشک نباید مخدوش باشد و باید دارای مهر و امضا باشد.

# مقررات داخلی بیمارستان

قوانین و مقررات بخشها، آموزش، قوانین مربوط به کنترل عفونتهای

بیمارستانی، قوانین مربوط به بهداشت محیط

## قوانین و مقررات بخشها :

### فراگیر محترم :

حال که شما به عنوان یک همکار جدید شروع به کار کرده اید لازم است که اطلاعاتی در مورد این بیمارستان و قوانین داخلی آن داشته باشید .

این بیمارستان دارای بخشهای زیر می باشد :

اورژانس، تحت نظر خانمها و تحت نظر آقایان، قلب زنان، قلب مردان، سی سی یو 2و1، مسمومیت و سایکوسوماتیک، اعصاب مردان، اعصاب زنان، عفونی مردان، عفونی زنان، داخلی، پست آنژیوگرافی، اتاق عمل جراحی قلب، آنژیوگرافی، همودیالیز، آی سی یو جراحی قلب، آی سی یو داخلی، درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی و واحدهای آزمایشگاه، رادیولوژی، آندوسکوپی، تست ورزش و اکو، نوارمغز، نوار عضله می باشد.

## ❖ فرم پوشش دانشجویان پزشکی - پرستاری - مامایی - فوریت - مدیریت خدمات

### بهداشتی :

- **آقایان :** روپوش سفید رنگ و شلوار تیره با اتیکت های دریافت شده از دانشکده که نام و نام خانوادگی دانشجو و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد.
- **خانم ها :** روپوش سفید رنگ و شلوار و مقنعه تیره با اتیکت های دریافت شده از دانشکده که نام و نام خانوادگی دانشجو و سطح فراگیری در آن مشخص شده باشد.
- به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای اسلامی و حفظ قداست محیط کار، رعایت گفتار و رفتار بر اساس اخلاق اسلامی الزامی است .
- استفاده از هر گونه عطر و زیور آلات و آرایش در محیط کار اکیدا ممنوع است .

## دستورالعمل نحوه استفاده از تلفن همراه در مرکز

1. همراه داشتن و استفاده از تلفن همراه توسط کلیه افراد در بخش های زیر ممنوع می باشد :  
اتاق عمل ، ، NICU ، PICU ، CCU ، ICU ، دیالیز ، بلوک زایمان ، آنژیوگرافی ، اورژانس ، داروخانه ، واحد تصویربرداری
2. بیمارستان موظف است در ورودی واحدهای مذکور باکسهایی را تعبیه نماید تا افراد قبل از ورود به بخش تلفن های خود را در این باکس ها قرار داده و بعد وارد بخش مربوطه شوند
3. در سایر بخش ها استفاده از تلفن همراه در بالین بیمار ، ایستگاه پرستاری ، اتاق های درمان ، اتاق پروسیجر ممنوع می باشد و در صورت نیاز به پاسخ دادن به تلفن همراه فرد باید از محیط درمانی خارج شده و در قسمت هایی از قبیل آبدارخانه ، راه رو ، اتاق استراحت و ... که بیماران حضور ندارند به تلفن خود ( آن هم به مدت کوتاه ) پاسخ دهند
4. کادر درمانی قبل از خروج از بخش جهت پاسخ دهی به تلفن همراه باید وظیفه و مسئولیت خود را به همکار خود سپرده و سپس جهت پاسخ گویی به تلفن از بخش خارج شوند.
5. کلیه افراد تلفن های همراه خود را در محیط بیمارستان به حالت بی صدا قرار دهند تا صدای آهنگ تلفن ها مزاحم استراحت بیماران نشود
6. استفاده از تلفن همراه توسط دانشجویان کلیه رشته ها در محیط بیمارستان ممنوع می باشد.  
با توجه به ممنوعیت 100 درصد وجود تلفن همراه در مجاورت بیماران دارای پیس میکر قلبی ، بیمارستان موظف است جهت بستری این بیماران در مکان های مناسب و دارای علائم هشدار دهنده اقدام نماید
7. هرگونه فیلم برداری و عکاسی با تلفن همراه بدون داشتن مجوز ممنوع می باشد.
8. کلیه بیماران و همراهان جهت پاسخ دهی به تلفن خود می توانند یا از اتاق خارج شوند و در راه رو به تلفن خود پاسخ دهند یا در ساعاتی که برای آنها امور درمانی انجام نمی شود بر روی تخت خود به تلفن پاسخ دهند مشروط بر اینکه مزاحم دیگران نشوند
9. -بیمارستان موظف است کلیه موارد ذکر شده را جهت پرسنل (کادر درمانی ، اداری ، خدماتی ) و دانشجویان در ابتدای ورود به بیمارستان و جهت بیمار / همراه در ابتدای بستری به عنوان قوانین بیمارستان بازگو نماید.
10. در صورت عدم رعایت موارد بالا توسط کادر درمانی ، اداری ، خدماتی بیمارستان موظف است با تذکر شفاهی ، توبیخ ،

## دستورالعمل آموزش خود مراقبتی به بیمار توسط پزشک

کد:INS-GC-003	عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش های بالینی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا
شماره ویرایش: 1		
تاریخ ابلاغ: 95/7/1		
تاریخ بازنگری بعدی: 96/12/1		
شماره صفحه:		
هدف: ارتقاء سطح سلامت و بهداشت افراد جامعه در سایه توانمندسازی بیماران ،ارتقاء و بهبود وضعیت بالینی بیماران به وسیله آموزش.		
دامنه(محدوده): کلیه بخش های درمانی بالینی		
شرح فعالیت :		
(سطح مسئولیت : پزشک)		
- بیماران را در بدو ورود از طریق مصاحبه و تکمیل فرم شرح حال در زمینه توانائی خودمراقبتی بررسی کنید.		
- برگه شرح حال در گزارش پرستاری و کاردکس بیمارانی که در قسمت خودمراقبتی دچار مشکل بوده ( مشکل بینایی - شنوایی - تحرک - ذهنی و...) را ثبت کنید و مشخص نمایید.		
- به گروه های مرتبط با این بیماران ( پزشک، خدمات، نگهبان، فیزیوتراپ، کارشناس تغذیه و...) مشکل بیمار را جهت ارائه خدمات بهینه اطلاع رسانی کنید.		
- در زمان بستری بیماران در زمینه خودمراقبتی با توجه به سطح توانائی بیمار موارد ذیل را آموزش دهید:		
1- معرفی پزشک و دستیار و نحوه دسترسی		
2- نوع بیماری و نحوه مراقبت (توضیحات مختصر در مورد فرایند بیماری) علائم و نشانه ها		
3- عوارض مهم دارو ( با توجه به سطح تحصیلات)		
4- میزان فعالیت( استراحت مطلق، استراحت نسبی، OOB ، میزان و شروع فعالیت بعد از عمل و پوزیشن های مناسب برای بیمار).		
5- تغذیه (نوع تغذیه، رعایت رژیم غذایی)		
6- ایمنی و احتیاطات ( نحوه مراقبت از اتصالات، درن، مانیتورینگ، سنداداری، سرم ها و...) - نرده کنار تخت		
7- مدیریت درد (نحوه اطلاع رسانی در زمان درد و درخواست مسکن)		
8- اقدامات تشخیص درمانی براءت و رضایت از هرگونه اقدامات تشخیصی، تهاجمی - آمادگی و مراقبت های قبل از پروسیجر - آمادگی و مراقبت های بعد از پروسیجر		
9- نشانه های خطر حین بستری (درد، خونریزی، تب، اسهال و...)		
10- مراقبتهای قبل و بعد از عمل (ناشتابودن، فعالیت، پوزیشن، مراقبت از زخم، مراقبت از اتصالات)		
11- مراقبت از زخم و پوزیشن ، علائم زخم بستر و...		

- آموزشهای خودمراقبتی را در زمان ترخیص با توجه به توانائی بیمار با ارائه برگ آموزش حین ترخیص توسط پزشک به بیماران ارائه دهید.

- 1- زمان مراجعه پزشک
- 2- نحوه مصرف دارو در منزل، برنامه مراقبتی (مراقبت از زخم، بهداشت فردی، فعالیت ها، و ورزش ها...) و تغذیه
- 3- فعالیت های پس از ترخیص (زمان از سرگیری فعالیت های طبیعی، شروع مجدد فعالیت حرفه ای و شغلها، میزان محدودیت در فعالیت)
- 4- نشانه های خطر پس از ترخیص (علائم هشداردهنده که بایستی با بروز آنها سریعاً به پزشک مراجعه نماید)
- 5- چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس (تلفن های تماس اضطراری بیمارستان، مطب پزشک) و نحوه دسترسی و مراجعه به آنها در موارد بروز علائم هشدار دهنده
- 6- کلیه اقدامات و توضیحات خودمراقبتی را برای بیماران که تمایل جذب آموزش در صورت شنیداری دارند بصورت چهره به چهره هم آموزش دهید.
- 7- جهت ارزیابی برنامه ریزی آموزش: پس از اتمام آموزش از بیمار بپرسید که آیا مطالب را درک کرده است و مطمئن شوید بیمار دچار سوء تفاهم یا سوء برداشت نشده است.

#### امکانات و تسهیلات: امکانات آموزشی، نیروی انسانی

منابع: فرم شرح حال - فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص

نام و سمت تهیه کنندگان:	دکتر صدیقی	معاون درمان
	دکتر مدیریان	مسئول فنی
	دکتر فتوحی	رئیس بخش آنژیوگرافی
	دکتر جوادی	مدیر گروه قلب
	دکتر فرزام	رئیس بخش اتاق عمل قلب
	دکتر مژدهی پناه	رئیس بخش اعصاب
	دکتر کاوه	رئیس بخش داخلی
	دکتر چرخچیان	رئیس بخش دیالیز
نام و سمت تأیید کننده:	دکتر نجاری	معاون آموزشی مرکز
نام و سمت تصویب کننده:	دکتر کاظمی فر	ریاست مرکز



## قوانین مربوط به کنترل عفونت‌های بیمارستانی

عفونت‌های بیمارستانی یکی از موارد مهم بخش‌ها و کنترل آن از وظایف تمامی کارکنان می‌باشد و در صورت عدم کنترل، عفونت بیمارستانی می‌تواند موجب عواقب بسیار خطرناکی برای پرسنل بخش و بیماران گردد. لذا موارد یاد شده زیر حتما رعایت گردد:

- 1- کلیه فراگیران باید نتیجه تیتراژ آنتی بادی خود باخبر باشند.
- 2- در صورت مواجهه با **needle stick** حتما جزوه موجود در بخش مطالعه شود و در شیفت صبح به مسئول کنترل عفونت و در شیفت عصر و شب به اطلاع دفتر پرستاری رسانده شود و حتما فرم مربوطه که نزد مسئول کنترل عفونت می‌باشد تکمیل گردد.

### عفونت:

عفونت به معنای پدیده‌ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماری زای عفونی دچار آسیب می‌شود.

عفونت بیمارستانی: عفونتی که بصورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش‌های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می‌شود.

به شرطی که:

- حداقل 48 تا 72 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.
- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد

عفونت‌های بیمارستانی همزمان با گسترش بیمارستان‌ها همواره یکی از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی بوده و با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان موجب افزایش ابتلاء و مرگ و میر از این عفونت‌ها شده و در نتیجه هزینه‌های بیمارستانی را به شدت افزایش می‌دهد.

یکی از بهترین روش‌های مراقبتی که دارای تعاریف استاندارد شده برای عفونت‌های بیمارستانی بوده، نظام کشوری مراقبت عفونت‌های بیمارستانی یا **NNIS** می‌باشد.

## چهار عفونت بر اساس تعاریف استاندارد :

- عفونت ادراری
- عفونت محل جراحی
- عفونت ریه (پنومونی)
- عفونت خون

چه علائمی ما را مشکوک به عفونت بیمارستانی می کند ؟

### عفونت ادراری :

تب، تکرر ادراری ، سوزش ادراری ، درد فوق عانه با لمس این ناحیه ، فوریت در ادرار ، پیوری ، کشت ادرار مثبت ، تشخیص بالینی پزشک و شروع درمان آنتی بیوتیکی

### عفونت محل جراحی

- ترشح چرکی از محل برش جراحی
- جدا سازی ارگانیزم از مایع یا بافت محل برش
- وجود علائم : حساسیت و درد ناکی ، ورم موضعی ، قرمزی یا گرمی ، تب

### ذات الریه (پنومونی)

- سمع رال یا وجود Dullness
- کشت راه هوایی (تراشه / تراک مثبت)
- وجود انفیلتراسیون جدید یا پیشرونده Consolidation
- وجود حفره یا افیوژن پلور
- افزایش ترشحات تراشه -خلط چرکی و یا تغییر ویژگی خلط

### عفونت خون

- رشد پاتوژن در کشت خون
- تب (دمای بالای 38 درجه سانتی گراد)
- لرز یا هیپوتانسیون (فشار سیستولیک کمتر از 90
- اولیگوری
- شروع درمان سپسیس توسط پزشک

## انواع زباله های تولید شده در بیمارستان:

- 1- **عفونی** (هرشیئی که آلوده به خون و ترشحات بیمار باشد) در کیسه زباله زرد ریخته شده و در اطاقک زباله در مخازن زرد رنگ ریخته می شود.
- 2- **غیر عفونی** (زباله خانگی) - در کیسه زباله سیاه رنگ ریخته شده و در اطاقک زباله در مخازن سیاه رنگ ریخته می شود.
- 3- **اجسام نوک تیز و برنده:** در ظروف پلاستیکی زرد رنگ مخصوص بنام سفتی باکس ریخته می شود. -  
جزء زباله های عفونی در نظر گرفته می شود - پس از پرسیدن  $\frac{3}{4}$  از حجم ظرف درب آن را بسته و داخل کیسه زباله زرد انداخته شود.

## جزوه آموزشی ایمنی در برابر حریق ( اطفاء حریق )

گروه های هدف تمامی کارکنان بیمارستان بوعلی سینا (کادر خدمات، کادر درمان، امور اداری)

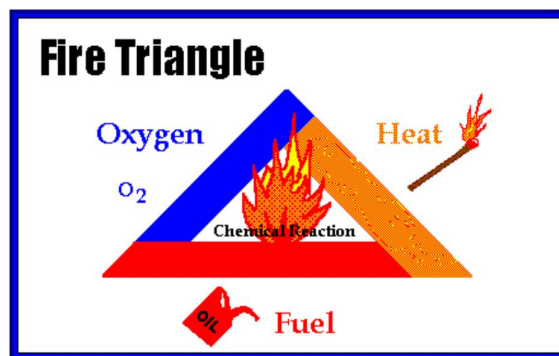
### مقدمه

حوادث خود به خود بوجود نمی آیند و قابل پیشگیری هستند. مشکل ما این است که با نادیده گرفتن و یا از روی سوء تفاهم غالباً فکر می کنیم که حوادث اجتناب ناپذیرند. این نه تنها یک گمان باطل است بلکه غیر منطقی هم می باشد. حوادث بدون علت به وجود نمی آیند شناسائی این علتها و دور کردن آنها و کنترل آنها تنها راه جلوگیری از حوادث می باشد.

و اما آتش عبارت از یک سری عملیات شیمیایی و اکسیداسیون سریع حرارت زای مواد قابل اشتعال است. با بررسی آمارهای موجود در جهان مشاهده می کنیم که آتش سوزیهای بزرگ زیادی در دنیا رخ داده و تلفات زیادی در بر داشته است. در شیگاگو در سال 1871 تعداد 17450 واحد ساختمانی طعمه حریق گردید. در سال 1966 در لندن 13300 ساختمان ویران شد. در ایران در آتش سوزی جلفا در سال 1355 یک میلیارد تومان خسارت بر جای گذاشت. در ماه های اخیر نیز آتش سوزی انبار پارس خودرو و شرکت سالمین ساوه میلیارد ها ریال خسارت بر جای گذاشت. آمارها نشان می دهد که حریق های بزرگ معمولاً برای اولین بار و بدون پیش آگهی ملموس رخ می دهد و طبق بررسی ها حداقل 75% از موارد حریق قابل پیشگیری است. با توجه به اهمیت موضوع و با فهم اینکه در آغاز آتش سوزی، آتش بسیار کوچک می باشد که به علت عدم کنترل و اقدام به موقع و سریع در اطفاء گسترده میگردد. لذا در نظر داریم شما دوستان عزیز را با روشهای مقدماتی اطفاء حریق آشنا نماییم تا در صورت بروز حریق آمادگی لازم را داشته باشید.

## ❖ ماهیت حریق

عوامل موثر در ایجاد آتش سوزی متعدد می باشد ولی برای ایجاد آتش وجود سه عامل زیر که به مثلث حریق معروف است ضروری است و در صورت حذف تنها یکی از آنها ادامه حریق ممکن نیست .



## الف : اکسیژن :

میزان اکسیژن موجود در هوا در شرایط طبیعی 21% است اگر میزان آن به زیر 15% برسد آتش خاموش می شود .

## ب : مواد سوختنی :

تمام موادی که قابلیت سوختن داشته باشند ماده سوختنی تلقی می شوند این مواد می توانند مایع ، جامد و یا گاز باشند . سرعت سوختن و گسترش شعله در مواد مختلف متفاوت است.

## ج: حرارت

برای شروع حریق وجود حرارت الزامی است که این حرارت می تواند توسط سیگار جریان برق ، جرقه ،الکتریسیته ساکن و غیره تامین گردد حرارت لازم در مطالعه آتش گیری مواد با دو اصطلاح نقطه آتش زنی و درجه آتش گیری تعریف می گردد که در بالا به آن اشاره شد.

## ❖ تقسیم بندی مکانها از نظر حریق :

بر اساس استاندارد N.F.P.A مکانها از نظر پتانسیل آتش سوزی به سه مکان ذیل تقسیم می شوند .

### 1- مکانهای کم خطر ( LOW ) :

در این مکانها مقدار مواد قابل احتراق کم بوده و گسترش حریق زیاد نیست مانند مدارس ، منازل مسکونی و ...

### 2- مکانهای با خطر متوسط ( Moderate ) :

در این مکانها مقدار ذخیره مواد سوختنی قابل توجه وقابل کنترل است مانند انبار پوشاک ، انبار مواد پلاستیکی و....

### 3- مکانهای پر خطر ( High ) :

در این مکانها مقدار ذخیره مواد قابل اشتعال زیاد بوده و در صورت بروز حریق آتش سوزیهای شدیدی رخ می دهد .  
مانند تولیدی رنگ ، لاستیک و پالایشگاه و ...

### ❖ طبقه بندی انواع حریق از نظر روش اطفاء :

#### گروه 1 : جامدات و مواد خشک ( طبقه A )

ویژگیها : از خود خاکستر بر جای می گذارند و با آب واکنش خطرناکی ندارند .  
مثال ها : چوب ، پارچه ، کاغذ ، کارتن ، لاستیک ...  
روش اطفاء : خنک کردن با استفاده از آب

#### گروه 2 : آتش سوزی مایعات قابل اشتعال ( طبقه B )

ویژگیها : بعلت تبخیر سریع و سهولت اشتعال ، خطرناکتر از جامدات هستند بعلت نداشتن شکل ثابت احتمال پخش شده در محیط وجود دارد که باعث ازدیاد شعله می گردد .  
مثال ها : تینر ، بنزین ، گازوئیل ، روغن  
روش اطفاء : جلوگیری از جریان یافتن مایع و گسترش سطح آن استفاده از خاموش کننده پودر و گاز ، کف ، شن و ماسه

#### گروه 3 : آتش سوزی گازها ی قابل اشتعال

ویژگیها : بعلت حالت فیزیکی همواره آماده اشتعالند  
مثال ها : گازها شهری ، گازهای صنعتی تحت فشار  
روش اطفاء : قطع جریان گاز ، خنک کردن ( در صورتی که منبع گاز سیلندر باشد ) استفاده از پودر خشک ، اولین اولویت قطع جریان سوخت می باشد .

#### گروه 4 : آتش سوزی برق ( طبقه C )

علل بروز : استفاده از تجهیزات الکتریکی نا مناسب ، شل بودن محل اتصالات و انشعابات ، عبور سیم از محل نا مناسب ، قوس الکتریکی روش اطفاء : اولویت اول قطع جریان برق است، جهت اطفاء می توان از دی اکسید کربن ( CO2 ) استفاده نمود از آب و کف بعلت احتمال بروز برق گرفتگی نباید استفاده کرد .

#### گروه 5 : آتش سوزی فلزات قابل اشتعال ( طبقه D )

ویژگیها : از نظر شدت و سرعت سوختن و روش اطفاء با دیگر موارد متفاوت است  
مثال ها : سدیم ، پتاسیم ، منیزیم ، آلومینیم  
روش اطفاء : استفاده پودر و یا ماسه خشک  
از آب و کف نباید استفاده کرد چون باعث تولید هیدروژن می شود که قابل اشتعال بوده و حریق را تشدید می کند .

### گروه 6: آتش سوزی مواد منفجره :

ویژگیها : در صورت آتش سوزی در یک لحظه توام با انفجار از بین می رود  
مثال ها : تی ان تی به کلرات ها ، نیترات ها ، اسید پیکریک، دینامیت و ...  
چگونگی پیشگیری : در صورتی که این مواد در مجاورت حرارت قرار گیرند باید با استفاده از آب اقدام به خنک کردن آنها نمود .

### ❖ بازرسی و آزمایش خاموش کننده دستی :

- الف- بازدید ماهیانه : بازدید ظاهری ، فشار سیلندر از طریق فشار سنج ، بازدید محل نصب .
- ب- بازدید آزمون شش ماهه : امتحان برخی از دستگاهها بطور تصادفی در یک حریق آزمایشی
- ج- بازدید و آزمون سالیانه : الک و توزین مجدد پودر ، وزن نمودن بالن حاوی گاز باید بیشتر از 10% وزن کم نکرده باشد .
- د- آزمون دو یا پنج ساله : با تست هیدرواستاتیکی استحکام سیلندر را در مقابل فشار می سنجد.

### • اطلاعات و دستورالعمل بروی بدنه خاموش کننده :

- 1- نوع خاموش کننده و طریقه کارکرد آن
- 2- نام کارخانه سازنده
- 3- سال ساخت دستگاه
- 4- شماره استاندارد
- 5- شرایط نگهداری دستگاه

### • تعیین مکان مناسب جهت نصب خاموش کننده :

- 1- حداکثر در ارتفاع 1/5 متری از سطح زمین نصب شود چنانچه وزن خاموش کننده بیشتر از 18 کیلو باشد حداکثر در ارتفاع 1 متری از سطح زمین نصب شود.
- 2- توزیع یکنواخت صورت بگیرد.
- 3- در نزدیکی ورودی و خروجیها باشد .
- 4- در مکانی نصب شود که امکان صدمات فیزیکی را به حداقل برساند .
- 5- مسیر دسترسی کوتاه و خالی از وسائل دست و پا گیر و مزاحم باشد.
- 6- در فضای باز ، سیلندر نباید در مقابل تابش مستقیم نور خورشید یا برف و باران قرار گیرد.
- 7- باید دقت کرد که خاموش کننده در فاصله ای دورتر از مواد مخاطره آمیز نصب شوند.
- 8- فاصله دو کپسول نبایستی بیش از 30 متر باشد .

### ❖ سیستم اعلام حریق :



کشف و اعلام به موقع آتش سوزی می تواند از بسیاری صدمات به افراد و از بین رفتن سرمایه جلوگیری نماید روشها و وسایل اعلام حریق متنوع بوده و بنابه امکانات مالی و اهمیت موضوع از یکی از روشهای دستی و یا اتوماتیک استفاده میشود .

#### الف : روش دستی اعلام حریق :

- 1- اعلام دستی از طریق آژیر دستی : این روش امروزه خیلی متداول نیست .
- 2- اعلام توسط سیستم الکتریکی : در این روش به فواصل مختلف کلیدهایی با درپوش شیشه ای نصب می شوند . در این روش با شکستن شیشه توسط فشار انگشت شصت آژیر اعلام حریق به صدا در می آید.
- 3- اعلام توسط بلندگو : مثل بند قبل بوده تنها فرق آن اعلام پیام از طریق بلندگو در این روش است.
- 4- استفاده از تلفن : شماره مرکز آتش نشانی باید به فواصل مختلف نصب شود.

#### ب: سیستم اعلام حریق اتوماتیک :

شامل کاشفهای حریق ( دتکتورها ) ، کابل ها و منبع تغذیه است .

#### ❖ اقداماتی که در موقع حریق باید انجام دهید بشرح ذیل می باشد:

- 1- خونسردی خود را حفظ نمایید
- 2- در صورتی که آتش سوزی در بیرون از ساختمان است پشت به باد بایستید .
- 3- ضمن اقدام برای شناسایی حریق به واحد بحران بیمارستان اطلاع دهید.
- 4- حریق را شناسایی نموده و بر اساس نوع حریق ، خاموش کننده را انتخاب نمایید .
- 5- آنقدر به آتش نزدیک بشوید که خطر تهدید تان نکند.
- 6- در صورتی که از کپسول پودر و گاز استفاده می نمایید کپسول را سر و ته نمایید تا کلوخه های پودر از بین برود اگر از کپسول تحت فشار دائم استفاده می نمایید ضامن را کشیده و کپسول را استفاده نمایید و اگر از کپسول بالن بغل استفاده می نمایید شیر بالن را باز نموده و همزمان نازل را باز نمایید.
- 7- اگر از کپسول CO<sub>2</sub> استفاده می نمایید ضامن ر اکشیده و کپسول را استفاده نمایید.
- 8- همه حریق ها از کوچک و بزرگ و آنهایی که خودتان سریع خاموش می نمایید را به واحد بحران اطلاع دهید .

## مدیریت بحران و حوادث غیر مترقبه

### هدف :

هدف از تهیه این خط مشی برنامه ریزی جهت ایجاد ، حفظ آمادگی دائمی ، تقویت عملکرد ، واکنش و ارائه بموقع و مناسب خدمات جامع بیمارستانی و ارزیابی و بازسازی مؤثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیر مترقبه و بهبود مستمر آن در بیمارستان می باشد که بر اساس استانداردهای بیمارستانی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردیده است

### تعریف :

#### شرایط اضطراری :

شرایطی است که به دلیل بروز نقص و وقوع حادثه ، افراد و محیط زیست در معرض خطر جدی قرار گیرند یا دچار حادثه شوند انواع شرایط اضطراری شامل:

#### 1- شرایط اضطراری داخلی :

اگر وضعیت اضطراری محدود به محوطه داخل بیمارستان باشد و در کنترل آن نیاز به هیچگونه کمکی از خارج نباشد و امکانات بیمارستان جهت کنترل شرایط کافی باشد به آن وضعیت اضطراری داخلی گویند .

#### 2- شرایط اضطراری محلی :

در این وضعیت امکانات بیمارستان جهت رسیدگی به آسیب دیدگان، مراجعین حادثه و حوادث محیط زیستی بیمارستان کافی نیست و نیاز به استفاده و فراخوان امکانات سایر مراکز منطقه ای وجود دارد .

### سطوح واکنش در شرایط اضطراری :

- سطح اول : سطحی از واکنش است که با استفاده از منابع بیمارستانی می توان وضعیت را به حالت عادی برگرداند
- سطح دوم : مربوط به زمانی است که شدت و وسعت حادثه بیش از توانایی و امکانات بیمارستان بوده و لازم است نیروهای حمایتی دیگری از سایر مراکز و سازمانهای ذیربط شهرستان وارد عمل شوند .

**تربیت :** طبقه بندی مصدومین بر اساس وضعیت طبی و بر طبق جداول کلاسه بندی استاندارد توسط پزشک یا پرستار  
لیسانس آموزش دیده با حداقل 5 سال سابقه کار به عنوان مسئول تربیت در محلی از پیش تعیین شده با عنوان واحد تربیت ، به گروههای فوری ، تأخیری جزئی ، سرپایی ، در انتظار درمان ویا روانپزشکی .





BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی

مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا  
وزارت بهداشت و درمانی قزوین  
دانشگاه علوم پزشکی

**گروه امداد و نجات :** گروه امداد پزشکی ، اعضا کد 55 و 44 بسته به شرایط بیمارستان .

**گروه پشتیبانی :** شامل گروه تامین کننده نیروی انسانی ذخیره یا در لیست فراخوان و تجهیزات و تدارکات لازم جهت جایگزینی و کمک به گروه عملیات و یا بازسازی ، تعمیرات ، نوسازی خسارات وارده یا برآورده کردن نیازهای گروه عملیات است .

**گروه عملیات :** شامل نیروی انسانی با تجهیزات و امکانات مناسب است که به محض وقوع حادثه جهت انجام وظایف از پیش تعیین شده وارد عمل می شوند . این گروه شامل واحدهای مرکز فرماندهی ، فرماندهی سیار ، ایمنی و تیم آتش نشانی ، نقلیه ، مخابرات ، اورژانس بیمارستان . تریاژ و غیره می باشد .

**کمیته فنی ارزیابی :** اعضا مشخص شده در کمیته سوانح و فوریت های پزشکی و حوادث بیمارستان است و این کمیته بلافاصله پس از پایان شرایط اضطراری تشکیل و اقدام به ارزیابی خسارات وارده ، ارزیابی عملکرد واحدها ، تعیین مشکلات و ضعف آنها و ارائه پیشنهادات به کمیته سوانح و فوریت های پزشکی و حوادث بیمارستان را می نماید

**ستاد بازسازی :** اعضا مشخص شده در کمیته سوانح و فوریت های پزشکی و حوادث بیمارستان می باشد که بلافاصله پس از پایان شرایط اضطراری تشکیل شده و هدایت بازسازی خسارات وارده به بیمارستان و منابع آن و برگشت به وضعیت پیش از حادثه را بر عهده می گیرد .

**کمیته سوانح و حوادث و فوریت های پزشکی :** کمیته ای که مستقر در بیمارستان بوده و مسئول برنامه ریزی و هدایت عملکرد واحدهای بیمارستان در حوادث غیر مترقبه است

**ساعات غیراداری :** شامل ساعاتی کاری خارج از ساعت اداری (7/30 لغایت 14 روزهای غیر تعطیل) که پرسنل روز کار دائم در بیمارستان حضور ندارند .

**مانور :** تمرینات عملی جهت واکنش در شرایط اضطراری.

**کد 44 :** شرایطی از وضعیت اضطراری یا حوادث غیرمترقبه است که جهت رفع آن علاوه بر امکانات و نیروهای موجود در بیمارستان و نیاز به فراخوان نیروها و امکانات دیگر می باشد .

**کد 55 :** در شرایطی که تعداد بیماران و مصدومین پذیرش شده در بخش اورژانس بیش از توان نیروهای حاضر در بخش اورژانس بوده و نیاز به حضور تعدادی از پرسنل درمانی سایر بخشها نیز می باشد .

**کد 11 :** مربوط به حوادث ایمنی ، محیط زیستی و آتش نشانی داخل بیمارستان می باشد .

**کد سبز :** مربوط به تخلیه محل خطر در مرکز می باشد.

## مدیریت خطا و ایمنی بیمار

### تعاریف

**مخاطره - هر وضعیت واقعی یا بالقوه** که می تواند باعث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد ، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود

### ریسک :

• احتمال مخاطره، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب

• احتمال رخ دادن خطر

ریسک را با دو مولفه شدت و احتمال وقوع می سنجند

**شدت - نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا دیگر موارد مضر**ی که می تواند اتفاق بیفتد

**احتمال - احتمال رخ دادن یک رویداد**

### مدل پنیر سوئیسی : جیمز ریزن

### Swiss Cheese Model مدل پنیر سوئیسی

درون هر سیستم، نواقص متعددی وجود دارد ولی این نواقص همیشه منجر به بروز خطا نمی شوند. بلکه خطا تنها زمانی روی می دهد که: نقص های موجود در قسمت های مختلف سیستم، به صورت پیش بینی نشده و هم زمان با یکدیگر رخ دهند و زنجیره ای از این نواقص منجر به پیدایش یک حادثه شوند.

توالی رویدادهای فوق را که بیانگر اثر تجمعی نواقص موجود در سیستم (نقص در عوامل سازمانی، تکنیکی و انسانی) در ایجاد انواع خطا می باشد به **مدل پنیر سوئیسی** تشبیه کرده اند.

### مدیریت ریسک در حوزه سلامت

#### تعریف :

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی ، ارزیابی ، و کاهش خطر آسیب به بیماران ، کارکنان ، و ملاقات کنندگان و تمامی افرادی که به طریقی با حوزه سلامت در ارتباط هستند

## انتخاب با صرفه ترین روش برای:

تصحیح ، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

### علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

- افزایش ایمنی بیمار
- افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان
- فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- فشار مداوم هزینه های داخلی
- آرایه خدمات مطلوب که از سوی دولت از بیمارستانها مطالبه می شود
- افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایات قانونی
- بررسی رضایت بیماران ، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد
- تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد

## آمار خطاهای پزشکی

انجمن پزشکی آمریکا (Institute of medicine) IOM:

مرگ سالانه 225.000 هزار نفر و آسیب جدی 500 هزار نفر و خسارت 63/7 میلیون دلار که 17 میلیون آن قابل پیشگیری است

10% موارد بستری منجر به رویدادهای نامطلوب خواهد شد که نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند .

Medical Errors statistics

انجمن پزشکی آمریکا (Institute of medicine) IOM:

70% از Adverse Events ها قابل پیشگیری است .

6% از Adverse Events ها بشکل بالقوه قابل پیشگیری است .

24% از Adverse Events ها غیر قابل پیشگیری است .

## آمار و اپیدمیولوژی

در یک دهه ، مرگ هایی که به سبب خطاهای پزشکی ایجاد شده اند تقریباً 8 میلیون می باشد که بیشتر از کل مرگ هایی است که آمریکا در همه جنگ ها داشته است

## وضعیت کشورهای در حال توسعه

برآوردها نشان می دهند که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد.

## انواع طبقه بندی خطاها

براساس شدت آسیب ( خفیف ، جدی ،مرگ ، ... )

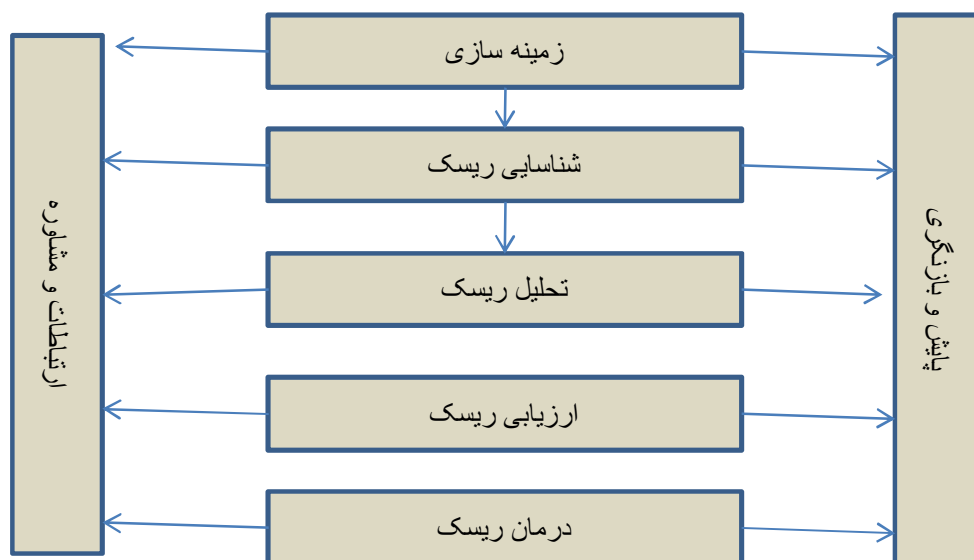
براساس محل وقوع خطا ( بیمارستان ، اورژانس ، ICU ، ... )

براساس اشخاص درگیر ( پزشک ، پرستار ، داروساز ، بیمار، ... )

براساس نوع مراقبت ( داروئی ،جراحی ، و... )

Active and latent (فعال ،پنهان )  
Omission and Commission

## مراحل مدیریت ریسک



## زمینه سازی

پشتیبانی و تعهد مدیریت ارشد سازمان

طراحی چارچوب مدیریت ریسک در سازمان

ادغام فرایند مدیریت ریسک در برنامه های کلان سازمان

طراحی سازوکار مسئولیت و پاسخگویی

## منابع شناسایی ریسک

- کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم ؟

- تجارب قبلی
- افراد با تجربه در سازمان
- اسناد و مدارک، گزارش ها، پروتکل ها ، روش های اجرایی ، برنامه ها ، آموزش ، کمیته ها
- بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها ، حوادث و سوانح ثبت شده ، شکایات ...
- مصاحبه ها ، نظر سنجی ها ....

### گام سوم: تحلیل ریسک ها

#### تحلیل و ارزیابی ریسک ها با دو رویکرد انجام می شود

- ریسک و حوادث ناگوار رخ داده اند
- ریسک های بالقوه قبل از وقوع شناسایی می شود و از وقوع آنها جلوگیری می شود

### ارزشیابی ریسک ها

#### درمان ریسک



### رویکرد های خطاهای پزشکی:

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

[1] دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی **Person Approach** به خطا

[2] دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی **System Approach** به خطا.

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

1. نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا

2. نحوه مدیریت خطا،

## 1- رویکرد فردی

### Personal Approach

- به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است.
- با تأکید بر این اصل که: هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است،
- دارای سابقه ای طولانی در دنیای طبابت می باشد.
- بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مؤاخذه می شود، پرستار خواهد بود.
- تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است
- برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی مانند ذیل برای فرد خطاکار، استفاده می شود.
- آموزش اجباری،
- هشدار،
- وضع قوانین و
- تعیین مجازات

## 2- رویکرد سیستمی: System Approach

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود.

بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود.

برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.

مثال:

شناسائی بیمار و موضع عمل توسط جراح و کادر پزشکی :

- 1- جراح برای اولین بار بیمار را در اتاق عمل ملاقات می کند .
- 2- عجله تکنسین رادیولوژی ممکن است باعث علامتگذاری اشتباه فیلم رادیولوژی شود .
- 3- آویزان کردن اشتباه و برعکس فیلم رادیولوژی وعدم توجه جراح (عجله)
- 4- علامت نزدن محل عمل جراحی از قبل (خصوصاً در بیمار غیرهوشیار )
- 5 - یا علامت گذاری اشتباه محل جراحی



## روش اجرایی نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه:

### شرح انجام کار:

1. صندوق گزارش خطاهای پزشکی در سه سایت شامل سالن انتظار بخش های عفونی و مسمومیت، درب ورودی اصلی بخش های قلب و CCU1، درب ورودی بخش اورژانس، تحت نظارت مسئول ایمنی بیمارستان نصب شده است.
2. فرم های گزارش خطا به کد FO-FM-001 به کلیه بخش ها توسط رئیس بیمارستان ابلاغ شده است.
3. فرم های مذکور در ایستگاه پرستاری بخش ها، دفتر پرستاری، اتوماسیون اداری، سایت بیمارستان قابل دسترسی می باشد.
4. در صورت بروز هرگونه خطا، فرد خطا کننده و یا فرد شاهد می تواند فرم گزارش خطا را در صورت تمایل بدون درج نام تکمیل نماید.
5. فرم تکمیل شده کاغذی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تحویل داده می شود و یا در صندوق های خطا انداخته می شود.
6. فرم های دریافت شده توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، به صورت محرمانه در کمد قفل دار بایگانی می گردد.
7. گزارش فرم های جمع آوری شده توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به صورت کاملاً محرمانه، در پایان هر ماه، به مسئول ایمنی ارائه می گردد.
8. مسئول ایمنی بیمار خطاهای پزشکی اتفاق افتاده یا نزدیک به خطا را در هر سه ماه استخراج و تنها لیست خطاها بدون نام، جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی، آماده می نماید.
9. تیم مدیریت اجرایی جهت جلب مشارکت پرسنل در گزارش خطا، افراد گزارش دهنده را بر حسب اولویت خطا و احتمال آسیب از طریق نامه کتبی و رسمی و یا محاسبه ساعت بیشتر اضافه کاری مورد تشویق قرار می دهند.
10. تیم ایمنی و تیم مدیریت اجرایی در کلیه بازدیدهای ایمنی بخش ها بر گزارش دهی خطاها بدون ترس از سرزنش و تنبیه پرسنل تاکید دارند و به کلیه پرسنل اطلاع رسانی می گردد.



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

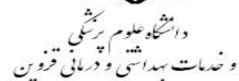
11. کلاسهای آموزشی جهت اطلاع رسانی به کلیه پرسنل، برای تمامی مسئولین بخش های بستری و پاراکلینیکی، توسط مسئول ایمنی بیمارستان برگزار می شود.

<b>مشخصات بیمار:</b>			
بخش: ..... اتاق: ..... تخت: ..... تاریخ پذیرش: ..... تاریخ ترخیص: ..... (در صورت ترخیص) ..... کد ملی بیمار: ..... (اختیاری) شماره پرونده: ..... سایر: .....			
<b>مشخصات گزارش:</b>			
عامل خطا: پزشک <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> دانشجو رشته <input type="checkbox"/> خدمات <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> داروساز <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>			
سمت گزارش دهنده: پزشک <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> دانشجو رشته <input type="checkbox"/> خدمات <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> داروساز <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>			
پیامد خطا: نقص عضو <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> تأخیر در درمان <input type="checkbox"/> سایر: .....			
شیفت بروز واقعه: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>			
آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
احتمال تکرار واقعه: کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> خیلی زیاد <input type="checkbox"/>			
عامل اصلی بروز واقعه: اشتباه بالینی (عملکردی) <input type="checkbox"/> نقص سازمانی <input type="checkbox"/> ارتباط نادرست <input type="checkbox"/> سایر: .....			
<b>نوع خطا</b>			
<b>1. جراحی</b>			
انجام عمل روی بیمار دیگر <input type="checkbox"/> انجام عمل غیر ضروری <input type="checkbox"/> انجام عمل در موضع اشتباه <input type="checkbox"/> انجام پروسیجر اشتباه در جراحی <input type="checkbox"/>			
عوارض بعد از عمل (آبسه، عفونت، ترومبوز، خونریزی، سوختگی، سکنه مغزی، سکنه قلبی، عوارض بیهوشی، بیحسی نخاعی، سوختگی کوتر، انتوباسیون و .....)			
سایر موارد مرتبط .....			
<b>2. دارویی</b>			
واکنش دارویی <input type="checkbox"/> داروی اشتباه (شباهت ظاهری در بسته بندی، تلفظ، نوشتار) <input type="checkbox"/> دوز اشتباه (استفاده بیش از حد، استفاده کمتر از حد، دوز فراموش شده) <input type="checkbox"/>			
حذف دارو <input type="checkbox"/> تأخیر در دادن دارو بیمار <input type="checkbox"/> بیمار اشتباه <input type="checkbox"/> زمان اشتباه <input type="checkbox"/> مسیر اشتباه <input type="checkbox"/> خطای پایش (بیمار سابقه آلرژی شناخته شده دارد) <input type="checkbox"/>			
حساسیت و واکنش به تزریق خون، نمونه گیری اشتباه، رگ گیری مکرر <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط: .....			
<b>3. فراورده های خونی:</b>			
خطا در شناسایی بیمار در زمان تهیه نمونه قبل از تزریق و در زمان تزریق خون و فراورده خون <input type="checkbox"/> خطا در انجام آزمایش های مربوطه <input type="checkbox"/> خطا در تحویل و دریافت کیسه خون یا فراورده <input type="checkbox"/> خطا در مرحله تزریق به بیمار <input type="checkbox"/> حساسیت و واکنش به تزریق خون <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط: .....			
<b>4. عفونت بیمارستانی:</b>			
عفونت ادراری <input type="checkbox"/> عفونت تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت خونی <input type="checkbox"/> عفونت محل جراحی <input type="checkbox"/> فلبیت <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط: .....			
<b>5. زخم</b>			
زخم بستر <input type="checkbox"/> باز شدن زخم جراحی <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط: .....			





## کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

<p><b>6. سقوط بیمار</b></p> <p>افتادن بیمار از تخت <input type="checkbox"/> سرخوردن <input type="checkbox"/> انتقال و جابجایی بیمار <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط.....</p>	
<p><b>7. مشکل در درمان</b></p> <p>عدم درمان <input type="checkbox"/> درمان اشتباه <input type="checkbox"/> تاخیر درمان <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط.....</p>	
<p><b>8. خطای ثبت</b></p> <p>به صورت چک نادرست دستورات <input type="checkbox"/> ناخوانا بودن دستور <input type="checkbox"/> عدم ثبت کامل گزارش پزشکی <input type="checkbox"/> عدم ثبت کامل گزارش پرستاری (عملکرد، مراقبت و درمان) <input type="checkbox"/> تقدم و تأخر در ثبت <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط.....</p>	
<p><b>CPR 9</b></p> <p>عوارض اینتوباسیون <input type="checkbox"/> عوارض دارویی <input type="checkbox"/> سوختگی به دنبال شوک الکتریکی <input type="checkbox"/> عوارض ماساژ قلبی (شکستگی دنده و.....) <input type="checkbox"/> پنوموتوراکس ناشی از شکستگی دنده <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط.....</p>	
<p><b>10. بروز عوارض ناخواسته اقدامات درمانی و مراقبتی</b></p> <p>سونداژ ناموفق <input type="checkbox"/> پارگی مجرای ادرار <input type="checkbox"/> تعبیه نادرست سوند معده <input type="checkbox"/> تعبیه کاتتر در محل نادرست <input type="checkbox"/> سایر موارد مرتبط.....</p>	
<p><b>11. سایر موارد</b></p> <p>توضیح:</p> <p>.....</p>	
<p>توصیف نحوه وقوع واقعه:</p>	
<p>پیشنهاد:</p>	
<p>امضاء (اختیاری):</p>	



## روش اجرایی ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی:

### شرح انجام کار:

1. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سالیانه از کمیته های طب انتقال خون، مرگ و میر، کنترل عفونت و دارو و درمان و همچنین فرم های تکمیل شده گزارش خطا، خطاهای پزشکی را جمع آوری می کند.
2. مسئول ایمنی بیمارستان سالیانه با بررسی آمارخطاها، عوامل زیرساختی و فرآیندی را شناسائی و اولویت بندی می نماید.
3. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به ترتیب اولویت یکی از عوامل را انتخاب و به مشارکت پرسنل درگیر در آن، حالات بالقوه خطا را در آن استخراج می کند.
4. مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار حالات بالقوه خطا جهت ارزیابی پیشگیرانه را با بررسی دقیق موضوع یا بررسی پرونده استخراج می کند.
5. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار موضوع مورد بحث را به تیم ایمنی جهت بررسی و استخراج علل خطا ارائه می دهد.
6. مسئول ایمنی حالات بالقوه خطا را در فرایند انتخابی را در جلسه به تفصیل مطرح مینماید و نتیجه بررسی خود و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را در آن موضوع ارائه می دهد.
7. اعضای تیم ایمنی امتیاز درجه اهمیت حالات خطا (RPN) را با نظر به شرح واقعه و بررسی های دقیق و به شیوه بارش افکار ارائه می دهند و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود موارد با اولویت بیشتر را جهت رفع مشکل ارائه می دهند.
8. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری کارشناس بهبود کیفیت سند FMEA را تنظیم می کند.
9. مسئول بهبود کیفیت اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود جهت پیشگیری از بروز خطا را در پایان هر سال جهت سال جدید تنظیم و فعالیت های مورد نظر را جهت اجرا به واحد مربوطه ابلاغ می کند.
10. کارشناس هماهنگ کننده با همکاری مسئول بهبود کیفیت برنامه یا اقدامات اصلاحی مورد نظر را تا اجرای کامل پایش می کند.



## روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین:

### شرح انجام کار:

- 1- در صورت وقوع حادثه و شبه حادثه در هر قسمت از بیمارستان، حادثه و شبه حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به کارشناس بهداشت حرفه ای (در شیفت صبح) و سوپروایزر وقت (در شیفتهای عصر و شب و ایام تعطیل) اطلاع داده می شود.
- 2- کارشناس بهداشت حرفه ای یا فرد تعیین شده از سوی وی و یا سوپروایزر در محل حادثه حضور می یابد و نسبت به بررسی اولیه حادثه و شدت و وسعت آن اقدام می کند.
- 3- فرم گزارش حادثه به کد OH/F/001 و فرم گزارش شبه حادثه به کد OH/F/002 موجود در دفتر پرستاری و واحد بهداشت حرفه ای، توسط کارشناس بهداشت حرفه ای / سوپروایزر وقت تکمیل و بایگانی می گردد، در صورت در دسترس نبودن فرم پیشامد حادثه، حادثه بصورت شفاهی یا تلفنی به سوپروایزر اطلاع داده می شود.
- 4- در فرمهای مذکور، شرح کامل حادثه و عوارض و آسیبهایی ایجاد شده، به دقت و بدون کم و کاست ثبت می گردد.
- 5- کارشناس بهداشت حرفه ای بلافاصله مدیر بیمارستان را در جریان موضوع قرار می دهد و در اولین جلسه کمیته حفاظت کار، گزارش حوادث را ارائه می دهد.
- 6- در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان باید علاوه بر تکمیل فرم مخصوص برای پرسنل مربوطه، در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گیرند.
- 7- در اولین فرصت ممکن، حادثه رخ داده توسط مسئول فنی بیمارستان بررسی شده و با دستور ایشان جلسه ای با حضور وی، مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئولین و پرسنل بخش مربوطه، مسئول تاسیسات در صورت لزوم، مسئول بهداشت حرفه ای، سوپروایزر شیفت مذکور، تشکیل می گردد و ابعاد حادثه، علل ایجاد آن مانند: خط مشی نامناسب ایمنی، عوامل محیطی، عوامل فردی، عوامل مادی و تجهیزاتی، فقدان استاندارد، آموزش ناکافی، خطای فردی، کمبود پشتیبانی، کمبود نظارت و ... مورد تجزیه تحلیل یا به اصطلاح RCA قرار می گیرد و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حوادث مشابه در نظر گرفته می شود.
- 8- برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم بررسی شده و برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود.
- 9- حوادث در زمینه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده را در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شود و تجزیه تحلیل شود و اقدام اصلاحی جهت رفع آنها صورت گیرد.



BOOAli Hospital

کتابچه آموزشی توجیهی دانشجویان پزشکی



مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا

10- آموزش به کارکنان در خصوص نحوه صحیح گزارش دهی حوادث و موقعیتهای خطر آفرین، در دوره های آموزشی مدیریت خطر حوادث و بلایا و با هماهنگی واحد آموزش و همچنین از طریق سیستم اتوماسیون اداری صورت می گیرد.

11- پرسنل تاسیسات در بازدیدهای دوره ای از تجهیزات و ساختمان، هرگونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاهها، ایجاد آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان، را به موقع گزارش می کنند.

12- جهت پیشگیری از بروز حملات سایبری و آلوده نمودن سیستمهای کامپیوتری، این مرکز اقدام به بستن تمامی پورت های USB کامپیوترها نموده است.